

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA LEGAL

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

**“MOTIVOS POR LOS QUE EL PERSONAL DE SALUD PRACTICARÍA LA
EUTANASIA PASIVA EN PACIENTES GRAVES Y TERMINALES”**

PRESENTA
DR. RICARDO AGUSTÍN AGUILAR GARCÍA

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL**

DIRECTORES DE TESIS

DRA. ROSA MARÍA MARÍN PÉREZ
DR. HUMBERTO RAMÓN MORALES ENRÍQUEZ

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

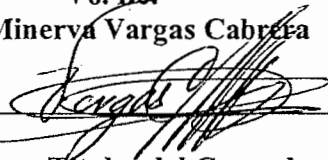
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Vo. Bo.

Dra. Minerva Vargas Cabrera

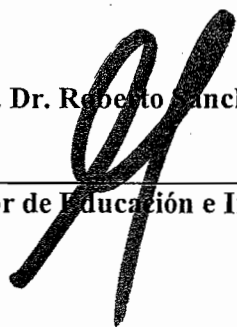


Profesora Titular del Curso de
Especialización en Medicina Legal



Vo. Bo. Dr. Roberto Sanchez Ramírez

Director de Educación e Investigación



DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

**"MOTIVOS POR LOS QUE EL PERSONAL DE SALUD PRACTICARÍA LA
EUTANASIA PASIVA EN PACIENTES GRAVES Y TERMINALES"**

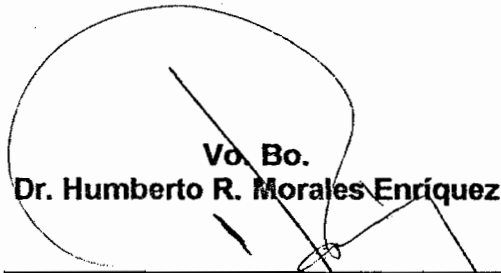
DR. RICARDO AGUSTÍN AGUILAR GARCÍA

**Vo. Bo.
Dra. Rosa Ma. Marín Pérez**



Médico Legista

**Vo. Bo.
Dr. Humberto R. Morales Enríquez**



Médico Patólogo

DIRECTORES DE TESIS

RESUMEN

El objetivo del estudio fue conocer los motivos por los que el personal de salud practicaría la Eutanasia Pasiva en pacientes graves y terminales. Este se llevó a cabo en una institución de salud del Gobierno del DF en los servicios de Medicina Interna, Terapia intensiva y Neurocirugía. El estudio consistió en realizar una entrevista anónima a Médicos adscritos, Residentes y Enfermeras de dichos servicios en los horarios matutino, vespertino, nocturno, sábados y domingos durante el mes de diciembre de 2001. Para éste estudio el criterio de exclusión fueron estudiantes e internos de pregrado y el criterio de eliminación, quien no deseara contestar la entrevista

Se entrevistaron a 61 enfermeras, de las cuales 100% conocen la definición de Eutanasia; conocen la diferencia de Eutanasia Pasiva y Activa: 8% NO y 92% SI, se explicó la diferencia a quienes no la conocían; los motivos justificables de Eutanasia fueron: Pancreatitis, Cirrosis, Coagulación intravascular diseminada, Cáncer terminal, Muerte cerebral, Traumatismo craneoencefálico severo, Sépsis, Insuficiencia renal crónica terminal, Quemados, SIDA, y Ninguna; 95% consideraron que los CUIDADOS, MEDICAMENTOS y PROCEDIMIENTOS representan un gasto inútil y 5% no lo consideraron así. 100% de enfermeras están seguras que la Eutanasia Pasiva se practica comúnmente en el hospital donde ellas laboran.

Se entrevistaron a 43 médicos, entre adscritos y residentes de los cuales el 100% conocen la definición de Eutanasia; conocen la diferencia entre Eutanasia Pasiva y Activa: 74% NO y 26% SI, explicándose la diferencia a aquellos que no la conocían; las causas justificables de Eutanasia Pasiva fueron las siguientes: Sépsis, Muerte cerebral, Insuficiencia renal crónica terminal, SIDA, Cáncer y Ninguna; médicos involucrados en prácticas de Eutanasia Pasiva 86%, no involucrados 12% y 2% no contestó; 100% de médicos consideran que los PROCEDIMIENTOS y TRATAMIENTOS representan un gasto inútil; 21% de médicos consideran que la Eutanasia Pasiva es una práctica penada, 58% la Eutanasia Activa y 21% ambas. El 100% de médicos consideran que la Eutanasia Pasiva se practica en hospital.

Los padecimientos terminales y de mal pronóstico encabezan las listas de los motivos por los que el personal de salud practicaría la Eutanasia Pasiva, sin embargo, la falta de insumos, que es algo común en los hospitales de gobierno, influyen de manera importante.

INTRODUCCIÓN

La Eutanasia está siempre relacionada con la muerte de una persona que sufre y de forma irreversible, ante cuya situación trata de mitigar tal sufrimiento aún a costa de que pierda la vida, y muchas veces a petición de la misma.

Etimológicamente, eutanasia deriva del griego *eu=bueno ; tanatos=muerte*, que significa buena muerte o bien morir..A partir de aquí, se puede entender la Eutanasia como aquella conducta o comportamiento tendiente al cese o mitigación de los sufrimientos de otra persona, cuando tal conducta o comportamiento implica necesariamente la producción directa de la muerte o el aceleramiento de su producción. Esta conducta podrá comprender un no hacer, o dejar de hacer algo que mantenga vivo al sujeto, o en un hacer algo que produzca su fallecimiento. Por tanto, tal anticipación de la muerte podrá consistir en dejar a la naturaleza que siga su curso, administrar un tratamiento que produzca la muerte como efecto secundario o suprimir directamente la vida.¹

Cicerón decía "para una muerte digna, honesta y gloriosa se necesita ayuda", Platón advirtió " se dejarán morir a quienes no estén sanos, Tácito declaró "muerte sin dolor por miedo a afrontar conscientemente el sufrimiento y la propia destrucción", Séneca citó "es preferible quitarse la vida antes que llevar una vida sin sentido y con sufrimiento", el filósofo Epíteto predicó la muerte como una afirmación de la libre voluntad.

A lo largo de la historia, la Eutanasia ha pasado por fases de aceptación como en las sociedades griega y romana, y de rechazo; a partir del siglo II con la llegada del cristianismo y su reiterada oposición en diferentes concilios, por considerar que el hombre no es más que un administrador de la vida que Dios le ha otorgado, dando además un valor salvínico al sufrimiento.

En los años 30"s se dan los primeros intentos de legalización de la Eutanasia voluntaria. En 1935 aparece en Inglaterra el primer grupo militante: The Voluntary Euthanasia Society. Hoy día existen 40 asociaciones pro derecho a la Eutanasia voluntaria, agrupadas en la World Federation of Right to Die Society.²

Quienes se manifiestan a favor de la Eutanasia, argumentan que su legalización contribuiría a la transparencia de los procesos médicos, y haría efectivo el derecho de todo ser humano de decidir sobre su muerte. "No es al médico ni al gobierno a quienes les corresponde decidir sobre la aplicación de la eutanasia sino al propio paciente o a sus familiares"³

El tema Eutanasia ha suscitado discusiones de todo tipo, sin embargo, algunas personas e incluso pacientes consideran que existen suficientes motivos para que ésta ocurra. El médico no puede decidir en que momento interrumpirá la vida de un ser humano. Siguiendo un criterio estrictamente legal, la voluntad de cualquier persona—siempre que no represente un acto ilícito—debe ser respetada y hecha valer. Una vez que el médico haya cumplido con su obligación de otorgar la información veraz, franca y completa sobre el diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico, el enfermo tiene derecho a aceptar o rechazar medicamentos, tratamientos o procedimientos.

El Código Penal Mexicano requiere una revisión profunda ya que no hay una sola reforma en la materia en los últimos cincuenta años.⁴

Desde el punto de vista religioso, un sacerdote comenta..."es el valor sagrado de la vida humana, la vida es un bien ajeno, es de Dios; la Eutanasia es injusta porque es una usurpación del derecho de Dios sobre el ser humano".⁵

La Eutanasia, ya aprobada en un país Europeo, se lleva a cabo, siempre y cuando se aseguren (los médicos) de que tiene "sufrimientos insoportables" y que no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir y en realidad quieren poner fin a su vida mediante un testamento médico. Quizá en un futuro, los desahuciados que tomen una decisión tan seria, lo hagan con el respaldo de la ley, sin el estigma de haber cometido, como el último acto de voluntad humana libre, una legalidad.⁶

La sociedad también opina al respecto; en España aprueban la Eutanasia 70% de la población siempre y cuando se padezca una enfermedad irreversible, el 80% de los franceses la aprueban, en Italia el 55% la aprueba en caso de padecimientos crónicos, en Estados Unidos 60%, el 74% en Canadá, 80% en Gran Bretaña y el 81% en Australia.⁷

La clasificación de los diferentes tipos de Eutanasia se centran en la conducta que lleva a cabo una tercera persona, es decir, a) una conducta omisiva (un no hacer), b) una conducta activa indirecta que consiste en aplicar terapéuticas analgésicas con la intención primordial de aliviar los dolores del sujeto, pero sabiendo que aceleran el fallecimiento del mismo (un hacer indirecto) y, c) una conducta activa directa, que conlleva a la muerte del paciente por motivos humanitarios, con el consentimiento del mismo, cuando se enfrenta a una muerte próxima o anticipada, patológica o traumática, inevitable y dolorosa, cuando su calidad de vida es ínfima, siéndole imposible al paciente ocasionarse su propia muerte, o bien ante un estado de inconsciencia profundo e irreversible.

Cuando se refiere a una calidad de vida ínfima, se hace referencia a situaciones de pérdida o inutilización de órganos, miembros o sentidos. El tema es de extraordinaria complejidad y ejemplos de situaciones donde se plantea son numerosos.

En primer lugar, es difícil conceptuar lo que es "hacer" o "dejar de hacer" ya que ambas pueden considerarse como medidas activas.⁸

A muchos médicos en los E.U. se les ha pedido, de pacientes con enfermedad terminal, ayuda para poner fin a sus vidas, y sólo un pequeño porcentaje lo ha hecho, de acuerdo a una reciente encuesta organizada por The New England Journal of Medicine. En la encuesta de 3 102 médicos en las 10 especialidades, el 11% respondió que bajo ciertas circunstancias prescribirían algo para que acelerara la muerte, el 3% dijo que sí lo había hecho, el 7% dijo que podría dar una inyección letal y el 5% que no lo había hecho.

El malestar fue la razón principal por la que el paciente buscó ayuda para morir, de acuerdo a la encuesta, los médicos dijeron estar dispuestos a ayudar a sus pacientes sólo si tuvieran dolor severo, que tuvieran síntomas intratables o una esperanza de vida de menos de seis meses.⁹

No obstante, el médico está preparado no sólo para curar, sino también para matar, la ética de la práctica médica y la confianza que el paciente debe tener en su médico, se verá muy maltrecha.¹⁰

Los médicos aún no han entendido las complejidades de la muerte humana, de tal manera que no estamos autorizados a poner fin a la vida de una persona, aún cuando ésta lo solicite. Lo que podría favorecerse es el cuidado compasivo de los enfermos con padecimientos terminales y el empleo juicioso de los recursos que han demostrado tener efectos benéficos en términos de alivio del dolor, de comodidad y de dignidad.¹¹

Ahora, desde el punto de vista legal, la práctica de la Eutanasia, de cualquier tipo, está penada por la ley y no es permitida por ningún código ético ni deontológico.¹²

En cualquier caso es un homicidio, y en el caso de que el médico u otra persona proporcione los medios adecuados al enfermo, podría considerarse como inducción o cooperación al suicidio; haciendo referencia a los artículos del Código Penal del Distrito Federal números 302.- Comete delito de homicidio el que priva de la vida a otro, y, 312.-El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide.¹³

El problema, aún cuando afecta directamente el quehacer médico, desborda ampliamente las fronteras de la medicina, abarcando aspectos éticos, morales, jurídicos, etc.¹⁴

Aunque sea en la oscuridad, la Eutanasia se practica en los hospitales, en las casas y aunque la presentación de sucesivos proyectos de ley a favor de la legalización de la Eutanasia, éstas siguen sin tener una aceptación favorable por parte de las autoridades.¹⁵

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, tipo censo, anónimo, a médicos de base, médicos residentes y enfermeras de los servicios de Medicina Interna, Terapia Intensiva y neurocirugía de los tres horarios (matutino, vespertino y nocturno y sábados y domingos) durante el mes de diciembre de 2001 en el Hospital General Balbuena. Se elaboró una guía de entrevista que consta de 8 preguntas, tanto para enfermeras como para médicos (fig. 1). Siendo una investigación sin riesgo. Criterios de inclusión: médico adscritos, médicos residentes y enfermeras. Criterios de exclusión: médicos internos de pregrado y estudiantes. Criterios de eliminación: quien no deseara contestar la entrevista.

RESULTADOS

Se entrevistaron a 61 enfermeras y a 43 médicos, de los cuáles el 100% de ellos conocían la definición de Eutanasia; el 92 % de enfermeras conocía la diferencia entre Eutanasia Pasiva y Activa y el 8% no; el 26% de médicos conocía la diferencia entre Eutanasia Pasiva y Activa y el 74% no; el 95 % de enfermeras consideraron que los cuidados, medicamentos y procedimientos representan un gasto inútil y el 5 % no lo consideró así; el 100% de médicos considera que los procedimientos y tratamientos representan un gasto inútil; el 97% de enfermeras se manifiesta a favor de la práctica de Eutanasia pasiva y el 3% no; el 100% de médicos se manifiesta a favor de la práctica de Eutanasia Pasiva; el 100% de enfermeras y médicos aseguran que la Eutanasia Pasiva se practica comúnmente en los hospitales; el 21% de médicos sabe que la Eutanasia Pasiva es penada, 58% la Eutanasia Activa y el 21% ambas; el 86% de los médicos ha estado involucrado en prácticas de Eutanasia Pasiva, el 12% no y el 2% no contestó.

Los motivos justificables de Eutanasia Pasiva para el personal de enfermería fueron los siguientes: Pancreatitis 1(2%), Cirrosis 4(7%), Coagulación intravascular diseminada 1(2%), Evento vascular cerebral hemorrágico 4(7%), Cáncer terminal 7(11%), Muerte cerebral 15(24%), Traumatismo craneoencefálico severo 11(18%), Sepsis 5(8%), Insuficiencia renal crónica terminal 2(3%) y ninguna 2(3%); y para el personal médico fueron: Sepsis 4(9%), Muerte cerebral 10(23%), Insuficiencia renal crónica terminal 15(36%), Cirrosis 4(9%), SIDA 4(9%), Cáncer terminal 5(12%) y Ninguna 1(2%).

DISCUSIÓN

Hablando específicamente de Eutanasia Pasiva, que es el tema que se aborda, es evidente que existen implicaciones médicas, éticas, legales, económicas, humanas, etc. Del aspecto médico, la mayoría coincide en que los padecimientos mencionados anteriormente por los que justifican la Eutanasia Pasiva, evolucionarán hacia una muerte segura, independientemente que se le dé tratamiento o no; el aspecto ético no se abordó, aunque se sabe de antemano que existe en todos los médicos ; hubiera sido interesante preguntar a los médicos que estuvieron involucrados en practicar Eutanasia Pasiva ¿considera que ésta intervención haya sido ética?. La mayoría de médicos creen que la Eutanasia Activa, que es la que está legalizada en algunos países Europeos, es la única que está penada; deberían saber que la Eutanasia Pasiva también, pero ¿serviría de algo?; el aspecto económico es evidente; los insumos, que son limitados, se proporcionan aún sabiendo que no proporcionarán ninguna mejoría en la evolución de éstos pacientes, ya que serían más útiles para otros con mejor pronóstico; por último el aspecto humano, que tampoco fue abordado aquí, se ocurren muchas preguntas para descubrirlo, ¿Doctor, aunque el pronóstico de su paciente haya sido malo, no cree que el merecía ser atendido hasta las últimas consecuencias?, ¿Acaso le preguntó a su paciente como se sentía, cuáles eran

sus expectativas de vida en sus condiciones?. Sin embargo siendo un tema muy amplio, quedan pendientes muchos aspectos más.

Cabe Mencionar que hubiera sido interesante conocer la opinión de los familiares de éstos pacientes, previo informe del pronóstico y su calidad de vida, si es que tienen conocimiento del padecimiento de su familiar, lo cual debe ser informado por su médico; pero más interesante hubiera sido la opinión del propio paciente, sin embargo, es posible que pudiera repercutir emocionalmente en éste, más aún si no estaba enterado de su pronóstico, considero que sería difícil para el personal de salud preguntar ¿ya que su pronóstico es malo, desearía que continuáramos con el tratamiento establecido?.

Aunque el personal de enfermería, no tiene un conocimiento profundo de los padecimientos que a su juicio consideran como motivos justificables para la práctica de Eutanasia Pasiva, como: Pancreatitis, cirrosis y quemados, así como tipo, estadio y porcentaje, éstos han sido tomados en cuenta y no por esto se le resta importancia a su opinión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gisbert C. J. **Medicina Legal y Toxicología**. 5ª . ed., España: Masson, 1998.
2. Lara, A., La Eutanasia, **Reforma**, 2001:11.
3. Kraus, A., Eutanasia: La polémica, **La Jornada**, 2001:29.
4. Garza, I. R., Eutanasia, el derecho a bien morir, **La Jornada**, 2001:17.
5. AFP, Luz verde a la Eutanasia, **La Jornada**, 2001:20
6. Richter, J., et. Al. Doctor's authoritarianism in end of life treatment decisions, **Journal of Medical Ethics**, 2001, 27: 186-191.
7. Ferguson, PR. Causing death or allowing to die? Development in the Law, **Journal of Medical Ethics**, 1997, 23; issue 6, 368-372.

8. Morris, A., Easing the Passing: End of Life decisions. **Medical Law Review**, 2000, 8, autumn, 300-315.
9. Schmidt, P. et. al. Withdrawal of artificial nutrition in the persistent vegetative state: a continuous controversy. **Forensic Science International**, 2000, 113; 505-509.
10. Rutter, T., Some doctors would perform euthanasia. **British Medical Journal**, 1998; 316:1333.
11. Dyer, C. Human rights act does not affect the law on PVS. **British Medical Journal**, 2000; 324; 14.
12. Should cases of PVS still go to court?. **British Medical Journal**, 2000; 310; 706.
13. **Código Penal del Distrito Federal**, 59ª. Ed., México: Porrúa, 2000:90, 92.
14. Del Valle, R. Eutanasia y Distanasia: Dos posturas éticas de la medicina frente a la muerte, **Crónica**, 2001.
15. Berry P. Euthanasia—a dialogue. **Journal of Medical Ethics**, 2000; 26: 370-374.

Fig. 1 Guía de Entrevista

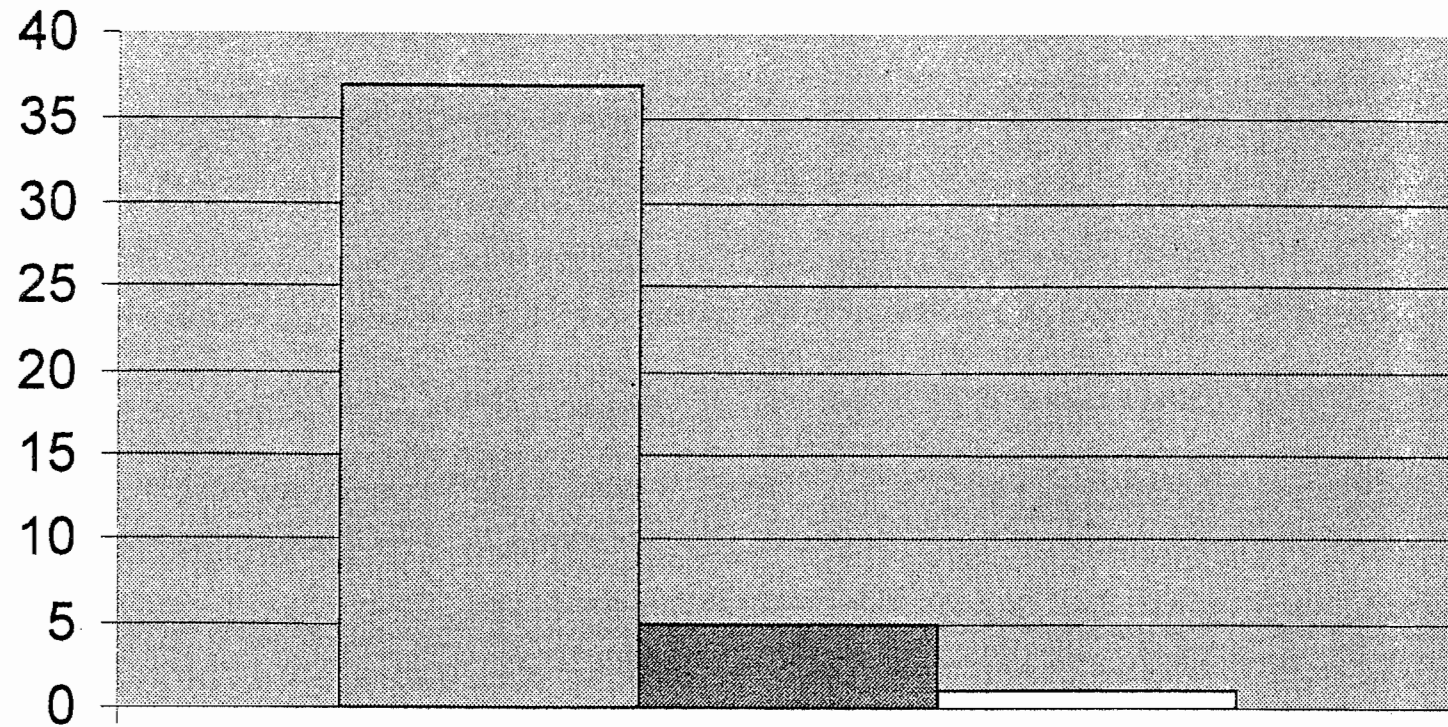
MÉDICO

1. ¿Conoce usted cuál es la diferencia entre Eutanasia Pasiva y Activa? Si No No sabe
2. ¿Cree que la práctica de alguna de ellas tenga consecuencias penales? Si No No sabe
3. ¿Cuál? Pasiva Activa Ambas
4. En relación a la Eutanasia Pasiva, ¿cree que ésta se practique comúnmente en hospitales? Si No No sabe
5. ¿Cree usted que los procedimientos y tratamientos en pacientes graves y terminales, representen un gasto inútil? Si No No sabe
6. ¿Usted estaría a favor de la Eutanasia Pasiva? Si No No sabe
7. ¿Ha estado usted involucrado en algún caso de Eutanasia Pasiva? Si No No contestó
8. Para usted, ¿en que casos estaría justificada la Eutanasia Pasiva?

ENFERMERA

1. ¿Puede decirme su definición de Eutanasia?
2. ¿Conoce la diferencia entre Eutanasia Pasiva y Activa? Si No No sabe
3. ¿Cree usted que los cuidados, medicamentos y procedimientos en los pacientes graves y terminales, representen un gasto inútil? Si No No sabe
4. ¿Usted estaría a favor de la Eutanasia Pasiva? Si No No sabe
5. ¿Alguna vez ha recibido indicaciones directas del Médico de practicar Eutanasia Pasiva? Si No No contestó
6. ¿Y las ha realizado? Si No No contestó
7. Para usted, ¿en que casos estaría justificada la Eutanasia Pasiva?

Fig.2 MÉDICOS INVOLUCRADOS EN PRÁCTICAS DE EUTANASIA PASIVA



1

Fuente: Entrevista H.G. Balbuena

■ SI ■ NO □ No contestó

FIG.3 MOTIVOS JUSTIFICABLES DE EUTANASIA PASIVA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MÉDICO

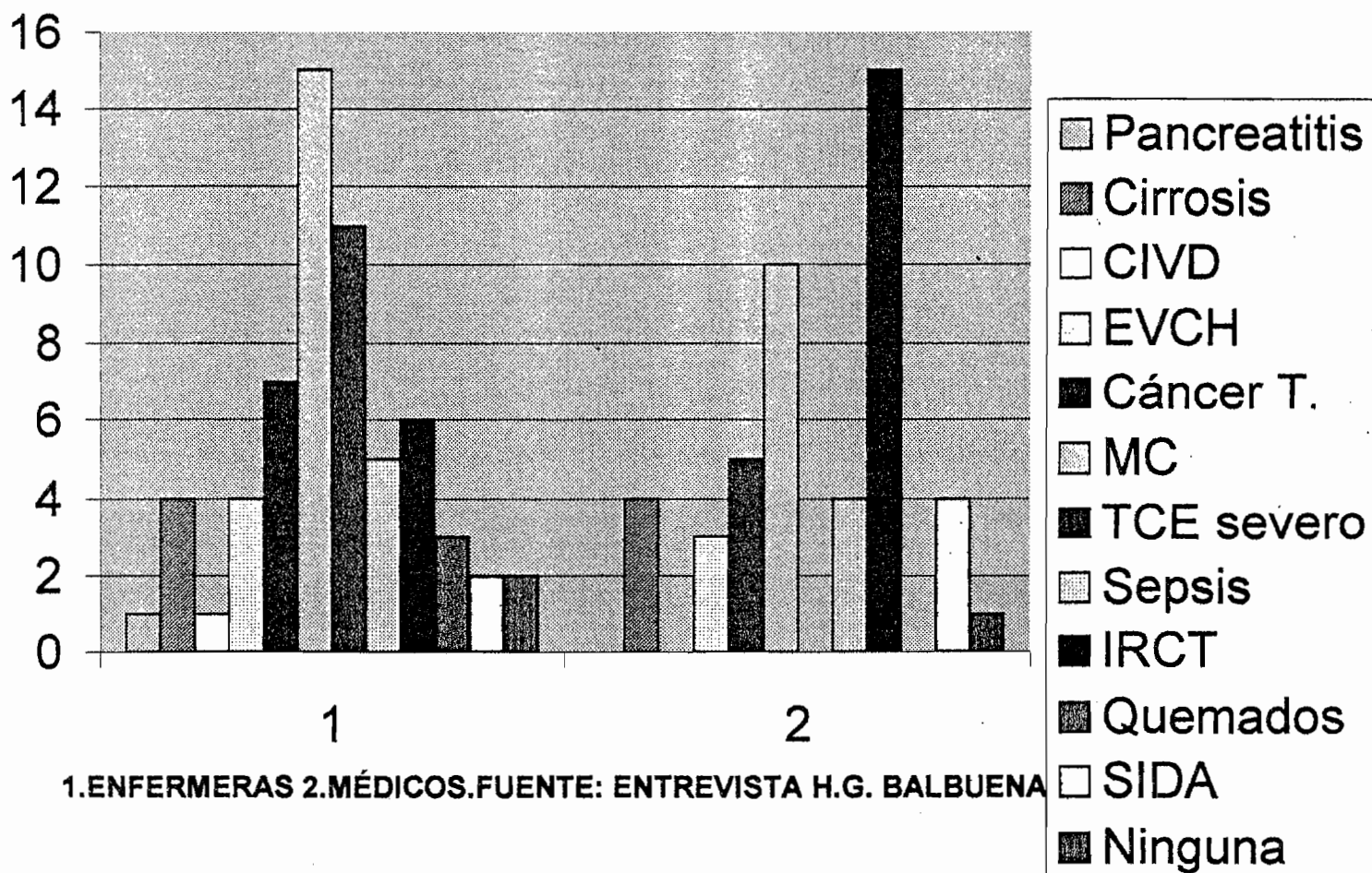
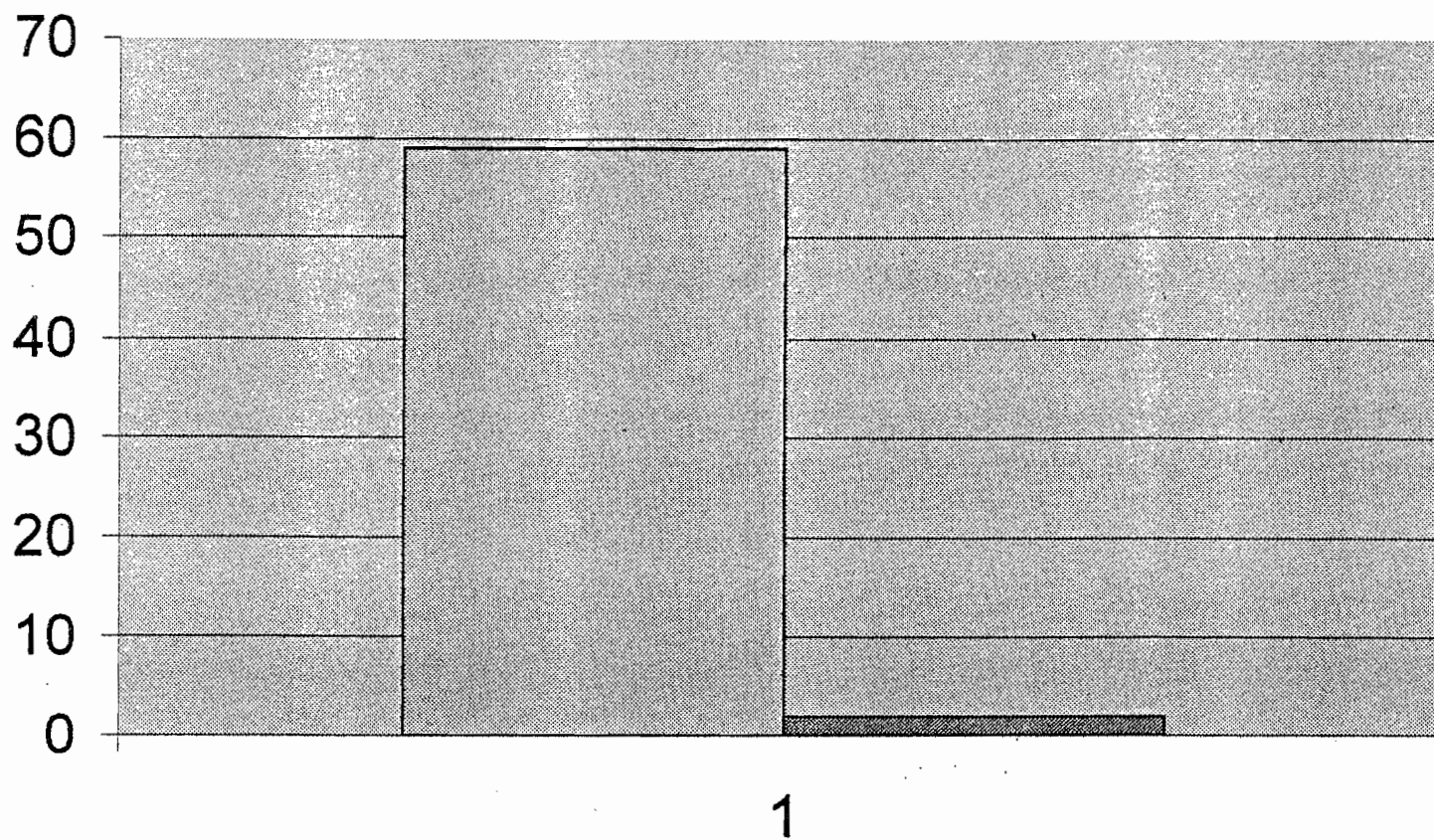


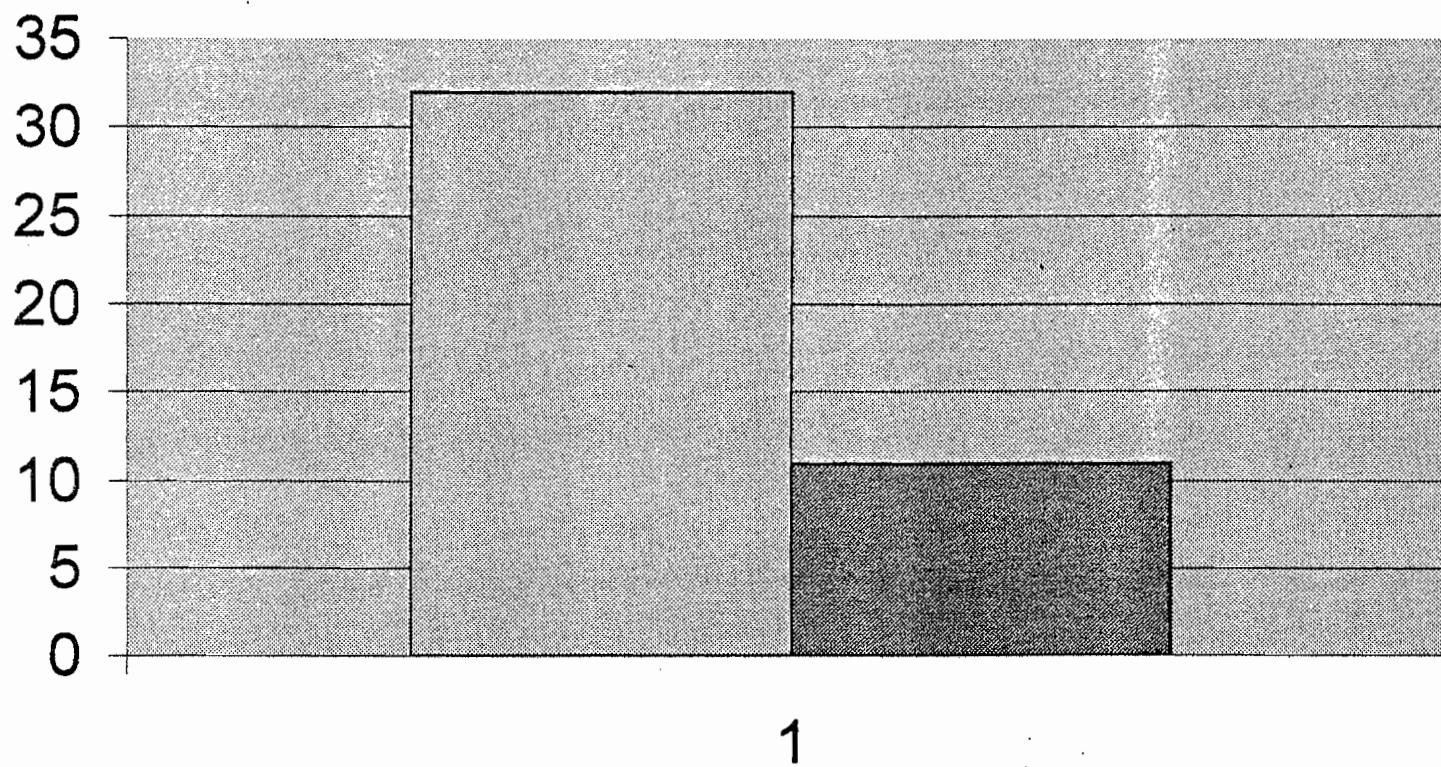
Fig.4 EUTANASIA PASIVA (ENFERMERÍA)



Fuente: Entrevista H.G. Balbuena

A favor En contra

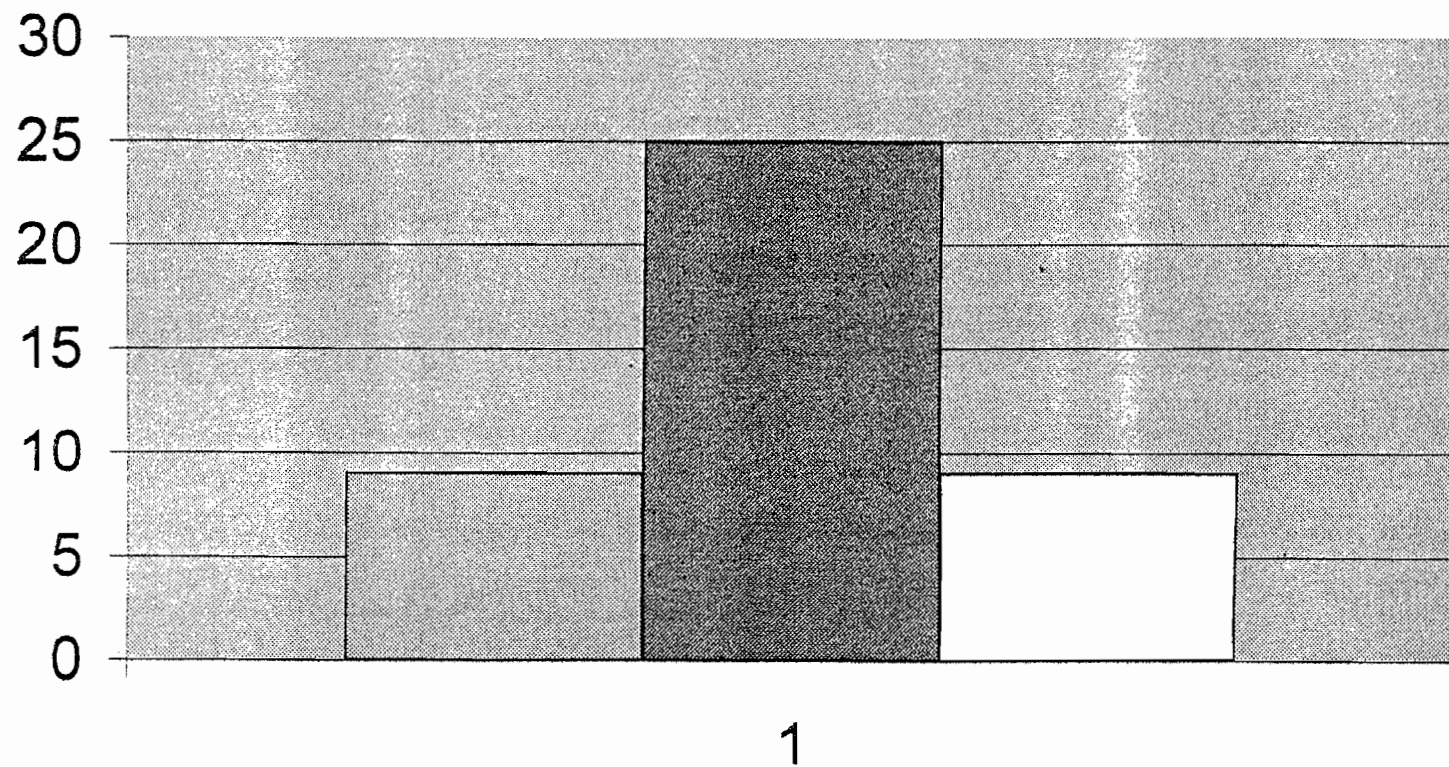
**Fig.5 MÉDICOS QUE CONOCEN LA DIFERENCIA
ENTRE EUTANASIA PASIVA Y ACTIVA**



Fuente: Entrevista H.G. Balbuena

■ NO ■ SÍ

Fig.6 MÉDICOS QUE CONOCEN CUÁL TIPO DE EUTANASIA ES PENADA



Fuente: Entrevista H.G. Balbuena

■ Pasiva ■ Activa □ Ambas